Compassionate Mind Training
Quel apport pour les aidants ?

Isabelle LEBOEUF L'ANTHOËN,
Marie DOBIGNIES, Pascal ANTOINE

Univ. Lille, CNRS, UMR 9193, SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, Lille, France

Résumé : La relation d'aide s'appuie sur une motivation de compassion, c'est-à-dire une motivation à aider l'autre, à faire face à une souffrance et à la libérer. Cette motivation s'oriente vers la personne souffrante. Mais elle permet également à une personne aidante d'un proche malade de prendre soin de sa santé et de recevoir une aide extérieure, qu'elle soit professionnelle, familiale ou autre. Le Compassionate Mind Training (CMT) est une intervention qui consiste en une série d'exercices utilisés dans le cadre de la thérapie fondée sur la compassion, afin de réduire les peurs, les blocages et la résistance à la compassion, d'augmenter la motivation à la compassion pour soi (auto-compassion), pour les autres et à recevoir de la compassion. Nous présentons ici une étude visant à tester l'efficacité d'une adaptation en ligne d'un programme de CMT pour une population francophone sur les variables de compassion, de détresse psychologique et de bien-être psychologique ainsi que le maintien de cet effet 1 mois après la fin du programme. Nous présentons également l'adaptation de ce programme aux proches aidants, en cours de validation.

Mots-clés : Compassion ; Aidants ; Intervention ; Psychopathologie ; Autocritique

Abstract: The helping relationship is based on a compassionate motivation, i.e. a motivation to help the other person, to face suffering and to release it. This motivation is directed towards the suffering person. But it also allows a person caring for a sick loved one to take care of his or her health and to receive outside help, whether professional, family, or others. Compassionate Mind Training (CMT) is an intervention that consists of a series of exercises used in Compassion-Focused Therapy to reduce fears, blocks and resistance to compassion, to increase motivation to be compassionate for oneself (self-compassion), for others and to receive compassion. We present here a study that tested the effectiveness of an online adaptation of a CMT program for a French-speaking population on the variables of compassion, psychological distress and psychological well-being as well as the maintenance of this effect 1 month after the end of the program. We also present the adaptation of this program to family caregivers, which is currently being validated.

Keywords: Compassion; Caregivers; Intervention; Psychopathology; Self-criticism

1 Introduction

Aider les autres nécessite d'être sensible à leur souffrance pour pouvoir tourner notre attention vers la difficulté qu'ils rencontrent. La sympathie crée un élan et nous mobilise vers le bien-être de l'autre. L'empathie nous permet de comprendre les besoins qui s'expriment. La tolérance et le non-jugement de cette souffrance nous permettent de rester engagés pour la libérer.

Lorsque notre motivation à libérer la souffrance, c'est-à-dire la compassion, s'active, ce sont tous ces attributs qui émergent. Ils vont être spontanément renforcés lorsque notre compassion est plus forte. Mais la compassion n'est pas toujours facile. On peut avoir des résistances à aider ou à être aidé, ou encore à avoir de la compassion pour nous-même.

Libérer les blocages ou les peurs d'avoir de la compassion, va permettre l'émergence des bénéfices de la compassion, réduire la détresse psychologique de l'aidant et indirectement de la personne aidée.

Nous allons montrer ici, comment un programme d'activation de la compassion a été adapté en français, puis pour les aidants ainsi que sa validité scientifique.

2 La motivation à la compassion dans la relation d'aide

Les personnes atteintes de démence auront besoin de soins et de soutien pendant de nombreuses années, à mesure que leur maladie évolue. La plupart vivent à leur domicile, soit 63,5 % d'entre elles dans l'étude de Knapp et Prince (2007), ce qui suggère qu'elles sont prises en charge par la famille ou les amis, avec l'aide de services à domicile par intermittence. La relation d'aide implique pour les proches-aidants différents types de motivations. Acteurs indispensables, les aidants sont au plus proche du quotidien de la personne aidée et jouent un rôle majeur dans la préservation de leur qualité de vie.

Plusieurs motivations sont impliquées dans la relation d'aide et dans l'ajustement régulier face à la maladie et à son avancée (Greenwood & Smith, 2019). Parmi elles, la motivation à être sensible à la souffrance de l'autre et à soulager sa souffrance est appelée compassion. Cette définition a été élaborée par Gilbert (2014, p. 19) qui a développé la Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC). Cette approche, qui s'appuie sur un nombre croissant d'études scientifiques (Kirby, 2017a), présente l'intérêt de clarifier les enjeux liés à la compassion et présente un effet bénéfique sur les processus psychologiques associés (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008 ; Hofmann, Grossman & Hinton, 2011 ; Jazaieri *et al.*, 2013 ; Keltner, Kogan, Piff & Saturn, 2014 ; Kirby, 2016).

2.1 Le *Compassionate Mind Training*

La Thérapie Fondée sur la Compassion a tout d'abord été développée pour les personnes souffrant de hauts degrés de honte et d'autocritique (Gilbert, 2000, 2009, 2010 ; Gilbert & Irons, 2005, Gilbert & Choden, 2013). Elle a ensuite été adaptée par Gilbert et Procter (2006) en un programme de 12 séances appelé *Compassionate Mind Trai-*

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

ning (CMT). Ce programme permet d'offrir une psychoéducation de la compassion et cible les compétences centrales renforcées par la compassion. L'activation de la compassion permet notamment de réduire l'autocritique qui est un processus prédicteur du développement de troubles psychopathologiques.

2.2 Les trois courants de compassion

La compassion se développe selon trois courants de compassion différents, tels que définis par Gilbert *et al.* (2017). L'auto-compassion, le fait d'avoir de la compassion pour soi est renforcée par le programme de CMT, ainsi que la capacité à recevoir de la compassion, c'est-à-dire de l'aide et de bénéficier pleinement des bienfaits liés à l'aide vis-à-vis d'autrui.

Avoir de l'auto-compassion, c'est se parler comme à un bon ami (Neff, 2003). Face à une situation difficile, comme se rendre compte en rentrant chez soi, que l'on a oublié les clés, nous avons tendance à nous blâmer. L'auto-compassion va nous permettre de réaliser que c'est un moment difficile, de relativiser que tout le monde fait des erreurs et de se parler avec gentillesse pour se réconforter dans cette situation. Lorsque l'on est aidant d'une personne malade, prendre du temps pour soi, prendre soin de sa santé ou faire des choses qui nous font plaisir, permet de garder un équilibre. C'est également une forme d'auto-compassion.

Avoir de la compassion pour les autres, c'est chercher à prévenir ou libérer leurs souffrances, comme un médecin qui soigne une jambe cassée. La compassion des aidants pour une personne malade est énormément sollicitée. Aider l'autre peut apporter beaucoup de joie, surtout si l'on réussit à libérer la souffrance. Lorsqu'une maladie se chronicise ou qu'elle est dégénérative, les efforts apportés ne sont pas toujours récompensés et il peut y avoir des phases d'épuisement.

Recevoir de la compassion, c'est accepter d'être aidé. Lorsque l'on aide un proche malade, on peut aussi avoir besoin de soutien, comme de parler à d'autres personnes qui vivent la même situation ou accepter une aide-ménagère pour faire face à une charge de travail accrue.

Ces trois dimensions vont être en jeu dans le bien-être d'une personne qui est engagée au quotidien dans une relation d'aide. Il est évident que lorsque l'on aide au quotidien une personne en souffrance, la compassion est naturellement très activée pour les autres. Elle peut cependant être associée à différentes problématiques. Une meilleure compréhension de la compassion permet d'éclairer ces enjeux. Par exemple, un aidant professionnel, infirmier, expliquait en atelier, que comprendre les blocages liés à la compassion lui a permis de comprendre pourquoi il était en souffrance lorsqu'il aidait un patient en particulier. Il a pu observer ses émotions et réaliser que le fait que le patient vivait avec les volets fermés, dans un lieu qui sentait mauvais créait un sentiment de rejet. Il a ainsi pris le temps d'ouvrir les volets et d'aérer en arrivant en utilisant l'excuse du COVID. Il a pu respirer et trouver un équilibre émotionnel avant de faire le soin qui s'est déroulé complètement différemment. Le patient a ensuite pris l'habitude d'ouvrir les volets et l'infirmier a pris le temps de revoir l'organisation des passages d'aide-ménagère pour assainir le lieu. Il en est ressorti une forme différente de relation avec le patient. Ce dernier a pu être perçu dans sa globalité, avec son histoire

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

et même le soin a été compris différemment par l'infirmier car il n'était plus réalisé de façon mécanique. Le soignant décrivait avoir ressenti un sentiment d'humanité partagée et un sentiment de satisfaction après le soin alors qu'il était précédemment en souffrance lorsqu'il quittait ce patient.

Travailler la compassion permet également de développer un discours intérieur amical et réconfortant qui renforce un sentiment de sécurité intérieure et une capacité à se rassurer (Neff, 2003).

Recevoir de l'aide, lorsque l'on est soi-même aidant, professionnel ou familial, peut paraître secondaire. Lorsqu'une situation se chronicise, il est alors nécessaire pour garder un équilibre, de trouver une balance entre le fait d'aider et d'être aidé. Le travail de la compassion vise à aller vers cet équilibre notamment au niveau émotionnel. Cette prise de conscience est facilitée, dans le programme de CMT, par le modèle dit des trois cercles (Gilbert, 2000, 2010) qui permet de visualiser rapidement les différentes fonctions biologiques des émotions. Il représente les systèmes de menace, d'accomplissement et d'apaisement. Ces trois cercles, respectivement rouge, bleu et vert vont permettre de visualiser rapidement, l'équilibre ou le déséquilibre émotionnel, notamment lorsque le cercle vert prend peu de place et qu'il n'y a plus beaucoup de repos et d'apaisement dans la vie de la personne aidante. Ce modèle s'appuie sur la psychologie évolutionniste mais également sur la synthèse de données des neurosciences. Il est inspiré des travaux de Depue et Morrone-Strupinsky (2005). C'est une heuristique qui vise, en expliquant la fonction biologique des émotions, à faciliter la validation des émotions. Le programme de CMT propose une série d'exercices destinés à activer le système d'apaisement (Gilbert, 2009, 2014) notamment par des exercices de rythme respiratoire apaisant (Matos *et al.*, 2017). Différentes recherches ont montré que ce type d'exercice permet l'activation du système parasympathique et d'améliorer la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC), tout en augmentant les sentiments de calme et de sécurité (Lin, Tai et Fan, 2014 ; Streeter, Gerbarg, Saper, Ciraulo et Brown, 2012). Le CMT s'est avéré efficace pour améliorer la régulation de la VFC (Kirby, Doty, Petrocchi et Gilbert, 2017b ; Matos *et al.*, 2017).

Cette psychoéducation permet également de faciliter l'acceptation des émotions et de réduire l'autocritique liée aux émotions difficiles (Baumeister *et al.* 2001 ; Gilbert 2009). Le fait d'aider peut facilement entraîner un sentiment de responsabilité rendant parfois difficile l'acceptation de la fatigue ou des émotions comme l'anxiété ou la frustration. La mise à distance et la création d'un espace de parole autour de ces émotions permettent de faciliter leur acceptation.

Le CMT permet également de travailler l'attention, la pleine conscience et l'imagerie focalisée sur la compassion. Les qualités de la compassion, telles que la sagesse, la force et le courage, sont utilisées pour augmenter la régulation émotionnelle et atténuer la souffrance. Irons et Heriot-Maitland (2020) ont montré que le CMT est applicable et bénéfique pour une population non clinique pour une variété de processus psychologiques, comme l'attachement, l'autocritique, l'auto-compassion, le bien-être et la détresse avec un effet maintenu après 3 mois. D'autres études comme celles de McEwan et Gilbert (2015) ou Frostadottir et Dorjee (2019), soutiennent l'efficacité du CMT pour augmenter la compassion, l'auto-compassion, la pleine conscience et

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

pour réduire la détresse psychologique. C'est le cas de la recherche que nous allons présenter ici.

Un programme français en ligne de *Compassionate Mind Training* a été structuré autour des trois flux de la compassion afin de renforcer les expériences et la mémoire émotionnelle, cognitive et comportementale de la compassion. Il modélise les différents attributs qui constituent les qualités fondamentales de la compassion en mettant l'accent sur la sagesse, la force, le courage et l'engagement face à des situations ou des émotions difficiles. Ce programme encourage des qualités telles que l'écoute, le non-jugement, la tolérance à la détresse, l'empathie ou la sympathie. Les dimensions non verbales associées à la motivation compassionnelle sont identifiées à travers le ton de la voix et la prosodie (Gilbert, 2010). Ce travail permet de donner une texture sensorielle et une connotation émotionnelle aux pensées d'auto-compassion (Gilbert & Choden, 2013).

2.3 Les exercices du programme

Le programme consiste en 28 exercices quotidiens d'une durée de 15 minutes environ. Il est structuré autour de 4 types d'exercices. Il s'agit d'exercices didactiques suivant une courte séquence psychoéducative, d'exercices d'auto-observation des émotions (Kashdan, Ferssizidis, Collins & Muraven, 2010 ; Kashdan & Farmer 2014 ; Kashdan, Barrett & McKnight, 2015), d'exercices comportementaux visant l'activation comportementale (Gable, 2000), ou encore de guidage audio de *Compassion Focused Imagery* (Rockliff *et al.*, 2008, 2011).

Nous avons souhaité renforcer dans ce programme une dimension relationnelle positive. L'exercice du rythme respiratoire apaisant a été complété par la visualisation d'un sourire bienveillant afin de faciliter l'activation d'un sentiment de connexion et de joie sociale liée à une attention pour une présence partagée. En effet, nous avions précédemment montré que cet état émotionnel présente l'avantage de renforcer la régulation des émotions négatives (Leboeuf, McEwan, Rusinek, Andreoti, Antoine, 2020). Le programme intègre également un exercice de visualisation d'un lieu de sérénité, qui vise à activer un sentiment de calme et de relaxation. Un autre exercice consiste à recevoir de la compassion d'un autre idéal de compassion (Lee, 2005) et le dernier exercice permet de tourner la compassion vers soi (Irons, Beaumont, 2017 ; Gilbert, 2000, 2009, 2010 et Gilbert & Choden, 2013). Il a été démontré que l'imagerie active efficacement des états émotionnels (O'Craven & Kanwisher, 2000). Un nombre croissant de recherches montre que l'imagerie de la compassion active une série de processus psychologiques et neurophysiologiques (Klimecki, Leiberg, Lamm & Singer, 2012). Ces exercices d'imagerie ont été précédés d'exercices visant à construire un modèle interne de compassion et à renforcer l'ouverture à recevoir de la compassion.

L'objectif de la première semaine du programme était de comprendre la compassion d'un point de vue psychologique et scientifique et de reconnaître les différents systèmes émotionnels. Les participants ont été invités à observer leurs pensées, sentiments et émotions liés à la compassion et à remarquer leurs peurs, leurs blocages et leurs résistances à la compassion.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Les trois courants de la compassion et le modèle des trois cercles ont été présentés. Trois exercices ont été conçus pour observer comment chaque système (menace, accomplissement, ou apaisement) se manifeste en termes de sentiments, de pensées et d'activités. Les exercices ont été conçus pour faciliter le transfert des apprentissages dans le quotidien des participants. L'exercice du sourire est présenté à la fin de la première semaine pour aider les participants à commencer à identifier le cercle vert (d'apaisement).

Les objectifs de la deuxième semaine étaient d'intégrer les émotions par la compassion et d'utiliser la respiration pour favoriser un équilibre émotionnel, renforcer le sentiment de sérénité/de sécurité. Le rythme respiratoire apaisant a été travaillé avec la création d'une routine autour de la respiration, l'ajout progressif d'une phrase de compassion et l'exploration des émotions associées à la compassion. L'exercice guidé du lieu de sérénité a été proposé.

Des exercices d'activation comportementale orientés vers des relations positives, comme regarder les gens dans la rue et sourire, faire une action de connexion ou de compassion envers les autres. Les participants étaient invités à observer si ces exercices activaient la joie de la compassion afin de renforcer leur motivation à la compassion.

L'objectif de la troisième semaine était de comprendre et de reconnaître les qualités de la compassion, de se construire un idéal de compassion et de continuer à utiliser la compassion pour intégrer les émotions. Les qualités de la compassion (sagesse, force et engagement) ont été expliquées et entraînées. Un exercice d'activation comportementale était orienté vers le fait de recevoir de la compassion (demander de l'aide, du soutien, de l'attention ou du feedback). Dans tous les exercices d'activation comportementale, les participants ont été invités à noter leurs pensées et leurs sentiments avant, pendant et après l'action de compassion. Après avoir construit un idéal de compassion à partir des qualités de la compassion, les participants ont été guidés à travers l'imagerie de l'idéal de compassion. À la fin de la troisième semaine, ils ont été invités à explorer la possibilité de recevoir de la compassion de la part des autres pour leurs émotions difficiles.

L'objectif de la quatrième semaine était de développer l'auto-compassion, de développer un dialogue intérieur de compassion et d'accueillir les émotions difficiles. Après la psychoéducation, les participants ont été guidés pour construire des phrases de compassion. Ils ont été invités à remarquer comment l'autocritique et diverses émotions ou motivations peuvent changer leur façon de penser, d'être attentif ou de réagir. Un exercice guidé d'imagerie d'auto-compassion a été proposé, proposant de tourner la motivation à la compassion vers soi. Ensuite, ils ont été invités à explorer l'exercice du miroir, en s'adressant à eux-mêmes avec des phrases de compassion dans le miroir et à écrire une lettre de compassion.

Le dernier jour était réservé à une réflexion sur ce qu'ils avaient mémorisé, sur les aspects du programme qu'ils avaient trouvés bénéfiques pour eux-mêmes, et ce qu'ils voulaient maintenir à l'avenir.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

2.4 L'adaptation du programme aux aidants

Le programme de CMT a été spécifiquement adapté aux aidants. Cette adaptation s'inscrit dans le cadre de la plateforme expérimentale de soutien psychologique OPULSE[1]. OPULSE teste l'efficacité d'interventions psychologiques dispensées en ligne et destinées aux proches-aidants de personnes avec une maladie d'Alzheimer. Ce projet est innovant par son orientation vers le bien-être et l'acceptation également par son approche d'auto-formation en ligne. OPULSE a déjà intégré trois interventions distinctes, qui ont chacune montré leur pertinence dans le cadre de soutiens individuels mais dont la validité restait à démontrer dans le cadre d'une intervention en ligne pour les aidants : la pratique de la pleine conscience, la psychologie positive et les approches d'acceptation et d'engagement. Les exercices de pleine conscience consistent en des méditations formelles visant à réduire les ruminations douloureuses. La psychologie positive a pour objectif de permettre aux aidants de saisir les opportunités de bien-être et de diriger leur attention sur les expériences plaisantes. Les exercices d'acceptation et d'engagement visent à améliorer la flexibilité psychologique et à promouvoir de nouvelles façons de vivre en tant que proche-aidant.

Ces interventions en ligne sont conçues pour être auto-administrées. Elles ont été construites pour être compréhensibles, faciles à appliquer et d'une durée limitée. L'aidant est autonome dans la réalisation des exercices, ce qui lui permet de s'adapter aux priorités familiales, professionnelles et liées à l'aide. Cet aspect est important car des aidants sont amenés à quitter des dispositifs de soutien en raison d'impondérables ou de leur état d'épuisement. Cette stratégie en ligne se veut donc complémentaire des soutiens existants. Tout en répondant à des enjeux d'inégalités de territoires et de nombre croissant d'aidants, OPULSE a pour but d'accompagner les aidants chez eux, au plus près de leur vie quotidienne et relationnelle. La phase d'étude de l'efficacité de ces trois approches en ligne s'accompagne du développement d'autres approches dont celle centrée sur la compassion.

Une intervention centrée sur la compassion et inspirée du CMT a ainsi été adaptée à une population proche-aidante. Des guidances de compassion plus spécifiques aux aidants et à leur vécu ont été réalisées pour pouvoir répondre au mieux à leurs besoins. Comme les autres programmes proposés sur OPULSE, le format en ligne et la durée courte des activités facilitent leur intégration dans une période de vie chargée. Les aidants sont ainsi invités à participer à des activités quotidiennes en autonomie durant quatre semaines. Ces activités s'inscrivent dans trois niveaux de relation : individuel, en dyade proche-aidant/personne aidé, avec les autres. Le programme introduit progressivement la pratique de la compassion dans ces trois niveaux. Durant la première semaine, les aidants découvrent la compassion et les différentes formes de compassion existantes, en lien avec leurs expériences de vie et leur vécu en tant qu'aidant. La deuxième semaine propose ensuite d'explorer certains blocages à appliquer la compassion. Une attention particulière est portée sur la compassion reçue et l'auto-compassion, qui peuvent être sources de difficultés auprès d'une population tournée vers l'aide quotidienne d'une personne en souffrance. Des activités psychoéducatives amènent des pistes de réflexion sur les bienfaits de la compassion et l'intérêt

[1] http://www.opulse.fr

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

de la cultiver en tant qu'aidant. La troisième semaine a pour vocation d'expérimenter l'auto-compassion ainsi que les qualités et émotions liées à celles-ci. La visualisation guidée du lieu de sérénité invite les aidants à apprendre à habiter un lieu qui suscite un état d'apaisement et un sentiment de sérénité intérieure. Enfin, la quatrième semaine propose de s'ouvrir progressivement à la compassion à l'autre et à la personne aidée, à l'aide d'activités tournées vers la joie sociale et le sentiment d'humanité partagée.

Ainsi, le programme est orienté d'une part vers la reconnexion à soi, d'autre part vers la préservation du lien singulier entre l'aidant et la personne aidée. Des témoignages enrichissent chaque activité, permettant aux proches-aidants de se reconnaître ou de se distinguer des ressentis exprimés par les aidants fictifs.

3 Validité scientifique du programme

Nous présentons ici les résultats de la recherche de validation du programme de CMT, avant adaptation aux aidants. Les données de validation du programme adapté sont en cours. Le programme a été testé auprès de 227 participants parlant français. Ils ont été recrutés et affectés dans deux groupes, un groupe contrôle et un groupe réalisant le programme, par randomisation stratifiée par blocs. Au total, 113 participants ont été affectés au groupe de contrôle, et 114 au groupe d'intervention. Cinquante-huit personnes ont réalisé le groupe contrôle et 33 le groupe expérimental. Le programme français d'entraînement à l'esprit de compassion a été créé sur la base de l'expérience de l'équipe et du livre de travail sur la compassion de Irons et Beaumont (2017). Le livre a été utilisé pour créer une structure organisée, basée sur le modèle des 3 cercles et les 3 flux de la compassion. Les exercices ont été inspirés par certains exercices du livre et choisis pour créer un accompagnement expérientiel, intellectuel et émotionnel vers à la fois la compréhension de la compassion et la mise en œuvre de la motivation de la compassion. Les participants ont reçu le programme sous la forme d'un fichier au format pdf avec toutes les instructions. Le programme complet et les textes des audioguides sont accessibles en ligne (Leboeuf, 2021) et les guidances sur le site joiecompassion.com.

L'étude de l'effet du programme a montré un effet significatif, en comparaison au groupe contrôle, sur certaines variables qui s'est maintenu à un mois pour la plupart des variables. Le programme a eu un effet positif sur les mesures de la compassion mesurées par l'échelle de *Compassionate Engagement and Action Scales* de Gilbert *et al.* (2017) que nous avons traduite. Cette échelle mesure séparément trois courants de compassions, selon deux sous-échelles d'engagement et d'action. Les résultats étaient différents selon les trois courants de la compassion. Les variables d'auto-compassion et la compassion reçue, mesurées par ce questionnaire, ont présenté une interaction pour les deux sous-échelles d'engagement et d'action et cet effet s'est maintenu à un mois. La variable de compassion pour les autres n'a pas été augmentée par l'intervention.

Le score d'autocompassion mesuré par l'échelle d'autocompassion de Neff (2003), traduite par Kotsou et Leys (2016), a également été amélioré.

Le programme a permis de réduire les scores de détresse psychologique du groupe d'intervention en comparaison au groupe contrôle avec un effet de réduction de l'an-

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

xiété mesurée par l'échelle *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*, de Spielberger, Gorsuch et Lushene (1968), de la dépression, mesurée par l'échelle *Beck Depression Inventory – Short Form*, de Beck & Beamesderfer (1974) et du stress, mesuré par l'échelle de stress perçu (PSS), Cohen, Kamarck et Mermelstein (1983).

L'intervention a permis de réduire le niveau d'autocritique dans sa dimension" Soi inadéquat" mesurée par l'échelle *Forms of Self-Criticising/attacking and Self-Reassuring Scale*, Gilbert et al (2004) traduite et validée par Leboeuf *et al.* (2019).

L'ensemble de ces résultats s'est maintenu un mois après l'intervention.

Cette étude a également montré un effet du programme sur la pleine conscience, mesurée avec le *Five Facets Mindfulness* Questionnaire, Baer *et al.* (2008), validé en français par Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere & Philippot (2011). Ceci signifie que les participants étaient plus présents à leurs ressentis ou leurs émotions après avoir réalisé le programme. Ils avaient également le sentiment de grandir, comme l'a montré l'une des dimensions de l'échelle *Satisfaction With Life* (SWL) de Diener *et al.* (1985), traduite par Blais, Vallerand, Pelletier, Brière (1989). Ces résultats étaient toujours significatifs, un mois après l'intervention. Les participants évaluaient leurs relations comme plus positives de manière générale (mesuré par l'échelle de bien-être psychologique de Ryff & Keyes, 1995, traduite par Villieux, Sobet, Jung, Guilbert,2015) mais cet effet n'était plus significatif, un mois après l'intervention.

4 Conclusion

La pratique de la thérapie à distance par internet et sans accompagnement thérapeutique constitue un changement de paradigme dans le domaine de la psychothérapie, favorisé par la diffusion d'internet. La compassion, en tant que motivation prosociale (Gilbert, 2014), favorise l'émergence de compétences sociales telles que l'empathie, la sympathie ou l'engagement à libérer la souffrance chez soi et chez les autres.

Les résultats de la recherche présentée ont montré que l'intervention a favorisé la compassion reçue et l'auto-compassion, mesurée par le CEAS de Gilbert *et al.* (2017), mais pas la compassion pour autrui. Ce résultat était cohérent avec ceux d'autres études portant sur l'effet du CMT comme celle de Matos *et al.* (2017). Ce programme permet de diminuer la détresse psychologique. Les scores des échelles d'anxiété, de dépression et de stress continuent à diminuer un mois après l'intervention avec une réduction en moyenne de cinq points au score de dépression, ce qui représente une nette amélioration sur le plan clinique pour un programme ne sollicitant les participants que 15 minutes par jour pendant un mois. L'intervention a réduit les scores d'autocritique. Ce processus transdiagnostique est connu pour être clé dans l'émergence d'une psychopathologie. Cet effet s'est maintenu après l'intervention mais n'était plus significatif après un mois. L'intervention ne peut donc pas être considérée comme modifiant l'autocritique de manière durable. La pleine conscience est également connue pour avoir un effet bénéfique sur la dépression et les troubles anxieux. Elle n'a pas été directement ciblée dans le programme, mais les exercices de respiration ventrale, d'imagerie mentale et d'observation des émotions ont permis d'augmenter la conscience du mo-

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

ment présent. Après l'intervention, les participants ont eu un sentiment de croissance personnelle (Ryff, 1995) et ce sentiment s'est maintenu après un mois.

Cette étude présente quelques limites qu'il semble important de souligner. La version française du CEAS est en cours de validation, la consistance interne légèrement inférieure à la norme, ce qui est conforme à la validation originale de cette échelle. Les résultats doivent donc être traités avec prudence en raison du risque légèrement accru d'erreurs de mesure. Enfin, la différence entre la taille des deux groupes est une limitation, même si les groupes ne différaient pas dans les variables mesurées avant l'intervention. L'adaptation du programme à une population aidante dans le cadre d'OPULSE, présente une opportunité d'offrir un soutien et une aide flexible et adaptée à l'environnement spécifique des aidants. Ce programme, en complément des soutiens déjà existants pour les aidants, peut favoriser l'équilibre émotionnel, la compréhension des enjeux motivationnels dans la relation d'aide et faciliter l'accès, au-delà du statut d'aidant, à la possibilité d'être aidé. La réplication des résultats avec une population aidante est un domaine important de recherche future.

Bibliographie

Baer, R. Smith, Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., and Williams, M. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment* 15, 329-342. DOI : 10.1177/1073191107313003

Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K.D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology,* 5, 323-370. DOI 10.1037//1089-2680.5.4.323

Beck, A. T., & Beamesderfer, A. (1974). *Assessment of depression : The depression inventory.* Karger Publishers.

Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale." [The satisfaction scale : Canadian-French validation of the Satisfaction with Life Scale]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 21*(2), 210–223. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079854

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396. DOI : 10.2307/2136404

Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding : Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences,* 28, 313-395. doi :10.1017/s0140525x05000063.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75.

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives : Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology,* 95(5), 1045-1062. https://doi.org/10.1037/a0013262

Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*, *10*, 1099. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099

Gable, S. L., Reis, H. T., & Elliot, A. J. (2000). Behavioral activation and inhibition in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(6), 1135–1149. https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1135

Gilbert, P. (2000). Social mentalities : Internal 'social'conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In, P. Gilbert & Bailey K.G (éds.) *Genes on the Couch : Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (p. 118-150). Hove : Brenner-Routledge.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself : An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 31-50. https://doi.org/10.1348/014466504772812959

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking in *Compassion : Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 263-325.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism : Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy : An International Journal of Theory & Practice*, *13*(6), 353-379. https://doi.org/10.1002/cp. 507

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind : A new approach to life's challenges.* London : Constable & Robinson.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy : The CBT distinctive features series.* London : Routledge.

Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion.* London, UK : Constable-Robinson.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology,* 53, 6–41. doi : 10.1111/bjc.12043

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *J of Compassionate Health Care* 4, 4. https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3

Greenwood, N., & Smith, R. (2019). Motivations for being informal carers of people living with dementia : A systematic review of qualitative literature. *MBC Geriatric, 19,* 169. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1185-0

Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., and Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the five facets mindfulness questionnaire : adaptation and validation in a French-speaking sample. *Eur. Rev. Appl. Psychol.* 61, 147–151. doi : 10.1016/j.erap. 2011.02.001

Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation : Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review,* 13, 1126–1132. doi :10.1016/j.cpr.2011.07.003

Irons, C., & Beaumont, E. (2017). *The Compassionate Mind Workbook : A step-by-step guide to developing your compassionate self.* London : Constable & Robinson.

Irons, C., Heriot-Maitland, C. (2020) Compassionate Mind Training (CMT) : An 8-week Group for the General Public. *Psychology and psychotherapy, theory, research and practice.* https://doi.org/10.1111/papt.12320

Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion : A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies,* 14, 1113–1126. doi : 10.1007/s10902-012-9373-z.

Jazaieri, H, McGonigal, K., Jinpa, G. T., Doty, J., Gross, J., Goldin, P. (2013) A randomized controlled trial of compassion cultivation training : Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motiv Emot* 38 :23–35. 10.1007/s11031-013-9368-z

Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Collins, R. L., & Muraven, M. (2010). Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use : An ecological momentary assess- ment in underage social drinkers. *Psychological Science*, *21*, 1341–1347. https://doi.org/10.1177/0956797610379863

Kashdan, T. B., & Farmer, A. S. (2014). Differentiating emotions across contexts : Comparing adults with and without social anxiety disorder using random, social interaction, and daily experience sampling. *Emotion*, *14*, 629–638. https://doi.org/10.1037/a0035796

Kashdan, T., B., Barrett, L., F., McKnight, P. (2015). Unpacking Emotion Differentiation : Transforming Unpleasant Experience by Perceiving Distinctions in Negativity, *Current directions in psychological sciences,* 24(1) 10–16 https://doi.org/10.1177\%2F0963721414550708

Keltner, D., Kogan, A., Piff, P. K., & Saturn, S. R. (2014). The sociocultural appraisals, values, and emotions (SAVE) framework of prosociality : Core processes from gene to meme. *The Annual Review of Psychology*, 65, 425–460. doi : 10.1146/annurev-psych-010213-115054

Kirby, J.N. (2016). Compassion interventions : The programs, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research, and Practice.* Advance online publication. doi : 10.1111/papt.12104

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017a). A meta-analysis of compassion-based interventions : current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy,* 48(6), 778–792. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003

Kirby, J., Doty, J., Petrocchi, N. & Gilbert P (2017b). The Current and Future Role of Heart Rate Variability for Assessing and Training Compassion. *Frontiers Public Health,* 5, 40. doi : 10.3389/fpubh.2017.00040

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Klimecki, O.M., Leiberg, S., Lamm, C & Singer, T. (2012). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex, Advance publication* (June 1st) doi :10.1093/cercor/bhs142

Knapp, M., Prince, M., & Dementia, U. K. (2007). The full report. *Alzheimer's Society.*

Kotsou I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS) : Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE* 11(4) : e0152880. DOI : 10.1371/journal.pone.0152880

Leboeuf, I., Mahanga, J., Rusinek, S., Delamillieure, P., Gheysen, F., Andreotti, E., Antoine, P. (2019). Validation of the French versions of the Forms of Self-Criticizing/ Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS), *Stress and Health*, 2009 ; 1-6. DOI : 10.1002/smi.2909

Leboeuf, I., McEwan, K., Rusinek, S., Andreotti, E., Antoine, P. (2020). Can Compassion Focused Imagery be used as an Attention Bias Modification Treatment ? *Current Psychology*, https://doi.org/10.1007/s12144-020-01241-x

Leboeuf, L'Anthoen, I. (2021). *Activation de la compassion et de la joie sociale : Analyse des processus émotionnels et attentionnels* (Doctoral dissertation, Lille). NNT : 2021LILUH006

Lee, D.A. (2005). The perfect nurturer : A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion : Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 326–351). London : Brunner-Routledge.

Lin, M., Tai, L.Y, & Fan, S.Y. (2014). Breathing at a rate of 5.5 breaths per minute with equal inhalation-to-exhalation ratio increases heart rate variability. *International Journal of Psychophysiology,* 91, 206-11. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380741#

Matos M., Duarte, M., Duarte, J. Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training : A pilot randomized controlled study. *Mindfulness,* 8, 1699-1712. http://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7

McEwan, K., & Gilbert, P. (2015). A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 89, 239–243. doi :10.1111/papt.12078

Neff, D. K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250. https://doi.org/10.1080/15298860309027, DOI : 10.1080/15298860309027

O'Craven, K., & Kanwisher, N. (2000). Mental imagery of faces and places activates corresponding stimulus-specific brain regions. *Journal of Cognitive Neuroscience,* 12, 1013-1023. https://doi.org/10.1162/089892900051137549

Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Journal of Clinical Neuropsychiatry, 5,* 132–139. http://hdl.handle.net/10545/622861

Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M., & Gilbert, P. (2011). Effects of intranasal oxytocin on « compassion focused imagery ». *Emotion*, *11*(6), 1388-1396. https://doi.org/10.1037/a0023861

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719 727. doi/10.1037/0022-3514.69.4.71

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1968). *STAI manual for the state-trait anxiety inventory.* Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Streeter, C.C. Gerbarg, P.L., Saper, R.B., Ciraulo, D.A., & Brown, R.P. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses,* 78, 571–579. doi :10.1016/j.mehy.2012.01.021

Villieux, A., Sovet, L., Jung, S., Guilbert, L. (2015). Psychological flourishing : Validation of the French version of the Flourishing Scale and exploration of its relationships with personality traits, *Personality and Individual Differences* 88 (2016) 1–5. doi : 10.1016/j.paid.2015.08.027

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789